FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 11.

# CYSTICERQUES DE L'ORBITE

## THÈSE

### POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Novembre 1895

PAR

**Alfred-Joseph-Marie LECOMTE**

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Rohan (Morbihan), le 3 Août 1872

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Examinateurs de la Thèse.. | MM. BADAL | professeur | *Président* |
| | VERGELY | professeur | *Juges* |
| | AUCHÉ | agrégé | *Juges* |
| | BRAQUEHAYE | agrégé | *Juges* |

**Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical**

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 11.

# CYSTICERQUES DE L'ORBITE

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Novembre 1895

PAR

**Alfred-Joseph-Marie LECOMTE**

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Rohan (Morbihan), le 3 Août 1872

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Examinateurs de la Thèse.. | MM. BADAL | professeur | *Président* |
| | VERGELY | professeur | *Juges* |
| | AUCHÉ | agrégé | |
| | BRAQUEHAYE | agrégé | |

**Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical**

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
1895

# Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

| | Messieurs |
|---|---|
| Clinique interne | PICOT. PITRES. |
| Clinique externe | DEMONS. LANELONGUE. |
| Pathologie interne | DUPUY. |
| Pathologie et thérapeutique générales | VERGELY. |
| Thérapeutique | ARNOZAN. |
| Médecine opératoire | MASSE. |
| Clinique d'accouchements | MOUSSOUS. |
| Anatomie pathologique | COYNE. |
| Anatomie | BOUCHARD. |
| Anatomie générale et Histologie | VIAULT. |
| Physiologie | JOLYET. |
| Hygiène | LAYET. |
| Médecine légale | MORACHE. |
| Physique | BERGONIE. |
| Chimie | BLAREZ. |
| Histoire naturelle | GUILLAUD. |
| Pharmacie | FIGUIER. |
| Matière médicale | de NABIAS |
| Médecine expérimentale | FERRE. |
| Clinique ophtalmologique | BADAL. |
| Clinique des maladies chirurgicales des enfants | PIÉCHAUD. |
| Clinique gynécologique | BOURSIER. |

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

| | |
|---|---|
| Pathologie interne et Médecine légale | MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS LE DANTEC. |

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

| | |
|---|---|
| Pathologie externe | VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE. |
| Accouchements | RIVIÈRE. CHAMBRELENT. |

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

| | |
|---|---|
| Anatomie | PRINCETEAU. CANNIEU. |
| Physiologie | PACHON. |
| Histoire naturelle | BEILLE. |

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

| | |
|---|---|
| Physique | SIGALAS. |
| Chimie et Toxicologie | DENIGES. |
| Pharmacie | BARTHE. |

COURS COMPLÉMENTAIRES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clinique int. des enf. | MM. MOUSSOUS | Maladies mentales | MM. RÉGIS. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | DUBREUILH | Pathologie externe | DENUCE |
| | | Accouchements | RIVIÈRE |
| Cliniq. des maladies des voies urin. | POUSSON | Chimie | DENIGÈS |
| Mal. du larynx, des oreilles et du nez | MOURE | | |

*Le Secrétaire de la Faculté :* LEMAIRE.

---

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

---

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBIN

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR RÉGNIER

CHEF ADJOINT DU SERVICE ÉLECTROTHÉRAPIQUE DES HOPITAUX DE BORDEAUX

*A mon Président de Thèse*

MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543507_0056

# INTRODUCTION

Cette thèse a pour but de traiter un point de pathologie spéciale qui n'a jamais jusqu'ici été l'objet d'une étude particulière. Quelques observations, en effet, sont les seuls travaux que nous ayons sur ce sujet. Et la réunion de ces observations n'a pas été la partie la plus facile de notre tâche : éparpillées sur une longue période d'années, quelques-unes très anciennes, publiées la plupart à l'étranger, dans des revues peu répandues en France, elles nous ont demandé, pour nous les procurer encore plus que pour les traduire, un temps assez long. De l'étude aussi consciencieuse que possible de ces observations nous avons tiré les documents sur lesquels cette thèse est établie. Comme tout chapitre de pathologie, puisqu'en somme elle n'est que cela, encore que bien incomplète, elle comprend un historique, l'étiologie, des symptômes et un diagnostic, une marche et un pronostic, enfin le traitement. L'anatomie pathologique, que nous ne pouvions traiter dans un chapitre spécial sans nous exposer à des redites, a été faite en différents points.

C'est M. le docteur Fromaget, chef de clinique ophtalmologique qui nous a donné l'idée de ce travail et nous a guidés dans nos recherches avec une complaisance à laquelle nous sommes heureux de rendre hommage.

M. le professeur Badal nous fait le grand honneur de présider notre thèse, nous l'en remercions bien sincèrement.

# CYSTICERQUES DE L'ORBITE

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

La question des cysticerques de l'orbite a été peu étudiée jusqu'ici. On trouve bien dans les annales de la science médicale quelques observations égrenées sur une période de trente ans, mais jamais aucun travail spécial n'a été publié sur ce sujet, ce qui tient sans doute à la rareté de l'affection. Le premier qui ait signalé la présence d'un cysticerque dans l'orbite, semble être De Graëfe qui, en 1866, en publia une observation dans les *Archiv. fur Ophtalmologie*. Depuis plus de trente ans déjà on savait qu'il pouvait exister des cysticerques dans l'œil ; en 1830, Schott et Sœmmering en avaient rencontré un dans la chambre antérieure. Sichel père, en 1847, avait découvert un « cysticerque développé dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paupière », mais ce cysticerque siégeait exactement au milieu du bord libre de la

paupière et faisait saillie entre les deux crêtes du bord libre palpébral, il ne peut donc être compté comme cysticerque de l'orbite. Il en est de même pour l'observation de Mackenzie, puisque le cysticerque siégeait dans le tissu aréolaire des paupières. D'ailleurs, dans son observation, de Graëfe, disait : « Le cas que nous venons de rappeler est remarquable à deux points de vue : d'abord par le siège du cysticerque dans l'orbite (derrière l'orbiculaire et l'aponévrose orbitaire), *ce dont je n'ai pu trouver d'autre exemple dans la littérature...* » Après de Graëfe, nous devons arriver jusqu'en 1871 pour trouver une nouvelle observation authentique. En effet, les cas de Weldone, de Delpech, de Garcia Romeral, de Lawrence, de Goyrand, d'Ansiaux, de Guthrie et Travers. de Cloquet, de Waldhauer sont en partie de nature indécise, en partie imputables à des échinocoques. Mais en 1871, Horner, à Zurich, et Sichel, à Paris, publient deux observations d'une authenticité incontestable. En 1877, Higgens en trouve un nouveau cas. Hirschberg, dans différentes brochures publiées ces dernières années, et notamment en 1892, sur les cysticerque de l'œil et de ses annexes, revient plusieurs fois sur la question et fournit de nouvelles observations. Enfin le professeur Badal, en 1895, communique à la Société d'Ophtalmologie de Bordeaux, l'observation très documentée d'un nouveau cas, le dernier qui ait été enregistré.

# CHAPITRE II

## ETIOLOGIE

Il est actuellement admis sans conteste que les cysticerques de l'homme, quels que soient leur siège ou leur nombre, appartiennent tous à une seule et même espèce, et représentent l'état larvaire de Tœnia solium. Il en est de même pour le cysticerque de la ladrerie du porc dont l'identité avec celui de la ladrerie de l'homme a été démontrée par Redon en 1877. On sait la manière dont évolue cette larve et le cycle qu'elle parcourt. Un homme ou un animal est porteur d'un tœnia, il rend des anneaux naturellement remplis d'œufs ; ces anneaux se putréfiant, les œufs grands de 30 μ, sont mis en liberté avec les embryons qu'ils contiennent. Chaque embryon est entouré d'une coque suffisamment résistante pour le protéger et pour lui permettre d'attendre la circonstance favorable, nécessaire à son développement : son introduction dans l'estomac d'un animal. A ce moment la coque enveloppante se dissout, l'embryon hexacanthe, long de 20 μ, perce l'intestin grâce à ses crochets, tombe dans le torrent circulatoire, et se répand dans l'organisme. Cette migration accomplie, ses crochets déjà perdus, l'embryon subit des modifications qui l'amènent à l'état de cysticerque ; état évi-

demment encore transitoire, puisque le cysticerque est un individu asexué et que pour arriver à complet développement, il doit être absorbé par un nouvel animal dans l'intestin duquel il se transformera alors en tœnia. Jusque là, il s'enkyste, et, à l'abri de sa coque, parvient à son complet développement avant la fin du troisième mois. Il a alors de 2 à 15 centimètres et peut vivre longtemps en cet état : trois à six ans dans le tissu cellulaire sous-cutané ; dans l'œil, vingt ans et plus.

Le mode de contamination, dans le cas qui nous occupe, ne diffère pas de celui des autres cas : c'est toujours la simple pénétration des œufs de Tœnia solium dans le tube digestif. Les moyens de transmission ? L'eau, les végétaux en contact avec du fumier, les poussières, etc. La malpropreté est évidemment une cause prédisposante : les malades dont nous rapportons les observations appartiennent à peu près tous à la classe pauvre ; les malades d'Hirschberg notamment étaient presque en totalité, ouvriers, domestiques, laboureurs. Nous n'avons pas un seul cas d'auto-infestation, aucun des sujets atteints n'était porteur d'un tœnia; aucun cas non plus de cysticerque congénital, car il est évident que l'enfant âgé d'un an et demi dont parle Hirschberg a été infesté par son père porteur d'un tœnia. Non seulement aucun malade n'avait le tœnia, mais encore chez tous le cysticerque était unique, alors que lorsque le parasite siège dans les autres parties du corps, il n'est unique que dans 35 0/0 des cas.

Le sexe semble avoir une certaine influence, l'affection serait plus fréquente chez la femme.

Mais autant qu'on peut en juger d'après une statistique établie sur des cas aussi peu nombreux, l'âge jouerait un rôle important : sur les 9 cas que nous connaissons, trois se sont trouvés chez des enfants en bas âge : 3 ans ou moins;

des autres malades, un avait 10 ans, deux avaient 20 ans ou moins; les deux autres, 30 ans ou moins; un, 34 ans. La jeunesse est donc ici, comme d'ailleurs, pour les cysticerques sous-conjonctivaux et les cysticerques intra-oculaires, une raison prédisposante puisque de tous ces sujets un seul avait 30 ans.

La nourriture est aussi très importante à considérer; il est facile de remarquer, en effet, que l'Allemagne, fournit à elle seule la majorité des observations; la France en donne deux seulement; l'Angleterre et la Suisse, une. Or, l'Allemagne est certainement le pays d'Europe où l'on consomme le plus de viande de porc. L'usage de la viande presque crue, très répandu en Allemagne, a sans doute aussi son importance. Fait digne de remarque, et qui n'a pas échappé à l'observation du professeur Hirschberg, le cysticerque semble avoir pour chaque pays un territoire d'élection : « Il est difficile d'expliquer, dit Hirschberg, cette préférence du cysticerque en France pour la conjonctive, en Angleterre pour la chambre postérieure, dans le Nord de l'Allemagne pour les parties profondes de l'œil. Le traumatisme jouerait-il ici un rôle étiologique ? Nous ne le croyons pas; pourtant il ne faudrait peut-être pas rejeter complètement son influence. Il est possible, en effet, que chez un homme infesté, le traumatisme crée un *locus minoris resistantiæ*, une sorte de point d'appel où viendra de préférence se développer le parasite.

Quoi qu'il en soit, et d'une façon générale, le cysticerque siège rarement dans l'orbite, puisque, comme nous l'avons dit dans notre Historique, on n'en connaît pas dix cas authentiques. Alors, en effet, que les cysticerques se rencontrent si fréquemment dans certaines régions du Nord de l'Allemagne à l'intérieur de l'œil, puisque De Graëfe, en 1866, en avait déjà rencontré 80 sur 80,000 individus atteints de maladies des yeux (c'est-à-dire dans la proportion de 1 0/00), on n'a pu

encore y réunir plus de cinq observations. De Graëfe n'en a vu qu'un cas. « Instructifs sont ici surtout les cas de ladrerie humaine, où tout le corps est parsemé de cysticerques et où les orbites restent absolument indemnes » (De Wecker et Landolt). A quoi attribuer cette rareté ? Peut-être à la différence d'irrigation sanguine qui existe entre l'intérieur de l'œil et le tissu orbitaire, celui-ci à vaste communication circulatoire avec le dehors de la face et la cavité cranienne, celui-là riche en artères terminales.

# CHAPITRE III

## Symptômes et Diagnostic.

Le cysticerque arrivé dans l'orbite y forme une tumeur dont la symptomatologie peut se diviser tout naturellement, en deux groupes, suivant que ces symptômes seront communs à toutes les tumeurs de l'orbite, ou propres au cysticerque. La seconde catégorie nous arrêtera évidemment plus que la première.

A. **Symptômes communs à toutes les tumeurs de l'orbite**. — L'exophtalmie, par laquelle se traduit habituellement la présence d'une tumeur quelconque dans la cavité orbitaire, se rencontre assez peu fréquemment ici. L'explication de cette rareté en est facile : le cysticerque siège le plus souvent sous la peau des paupières et rarement derrière le globe oculaire.

La déviation de l'œil est assez fréquente mais se produit tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, sans préférence marquée. Dans deux de nos observations (Obs. I et Obs. V), on signale de la diplopie. La mobilité du globe oculaire est quelquefois diminuée ; la malade de Sichel, notamment, se plaignait d'une fatigue plus rapide pour l'œil de l'orbite malade ; mais jamais les mouvements du globe oculaire n'ont été abolis complètement.

Le ptosis de la paupière supérieure est un symptôme sur lequel on ne peut compter ; non pas qu'il ne se produise pas ou qu'il n'ait pas d'importance, mais c'est plutôt une complication, une suite, qu'un phénomène faisant partie du cortège séméiologique. D'ailleurs, l'œdème palpébral masquerait ce ptosis, de même que l'ectropion de la paupière inférieure.

La myopie ou l'hypermétropie acquises, symptômes d'ordinaire importants, sont peu à rechercher dans le cas présent, car il faut, pour que ce phénomène se produise, que la tumeur atteigne un développement auquel le cysticerque ne saurait atteindre sans avoir déjà causé des phénomènes inflammatoires très graves.

Si la tumeur comprime le nerf optique, on comprend qu'il puisse s'ensuivre une névrite ou périnévrite optique amenant à la longue une dégénérescence graisseuse du nerf et une atrophie de la papille. Mais on doit bien se garder d'attendre ce phénomène pour diagnostiquer un cysticerque de l'orbite ; nous verrons plus loin que si ce phénomène se produit, c'est plutôt à la suite d'une inflammation due au cysticerque que consécutivement à une compression.

Pour en finir avec ces symptômes communs à toutes les tumeurs de l'orbite, nous devons envisager les cas où par suite du développement exagéré d'une de ces tumeurs l'œil peut être complètement refoulé en dehors ; ses membranes internes alors s'enflamment, la cavité orbitaire se dilate, ses parois se détruisent et la tumeur, en s'étendant dans la cavité cranienne, amène des accidents cérébraux mortels. Le cysticerque n'amène pas de ces désordres énormes, ou du moins quand il les entraîne, ce n'est pas par cette action en quelque sorte mécanique ; c'est alors à un phlegmon de l'orbite, à un érysipèle, à des poussées inflammatoires successives que sont dus ces accidents. Le cysticerque n'en est donc plus cou-

pable en tant que tumeur, mais comme point de départ de l'inflammation qui a produit ces désordres en quelque sorte en dehors et surajoutés.

Le malade accuse presque toujours des douleurs vives, névralgies ou céphalalgies. Ces névralgies ont presque toujours commencé par une sensation de gêne, de pesanteur dans l'orbite ; puis sont venues, toujours dans cette région et s'étendant (par irradiation sans doute) à la moitié de la face, des douleurs vagues dont l'intensité est allée en augmentant chaque jour. Dans l'Observation III, la névralgie du trijumeau a été le premier symptôme, et le symptôme dominant; le malade de l'Observation IX présentait une céphalalgie rémittente, à exaspération vespérale.

B. **Symptômes propres au cysticerque de l'orbite**. — La symptomatologie que nous venons de décrire est loin d'être précise ; la plupart des symptômes qui la composent sont plutôt négatifs, aucun n'est constant. Quels sont donc les caractères propres que nous présenterait un cysticerque de l'orbite? C'est ce que nous allons maintenant essayer de tracer.

Et d'abord où siège généralement la tumeur ? Elle n'a pas de siège constant; néammoins elle est située plutôt au voisinage du rebord orbitaire et en dehors de l'entonnoir des muscles qu'au fond de l'orbite (De Wecker et Landolt). Une fois pourtant, dans le cas d'Higgens, elle adhérait intimement au droit supérieur et se trouvait en contact intime avec le nerf optique.

A l'inspection, elle se présente au début sous l'aspect d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois environ, plus ou moins saillante suivant qu'elle est plus ou moins enfoncée dans l'orbite. Elle fait sous la peau une saillie assez régulièrement

hémisphérique ; à son niveau, celle-ci est saine, mais l'évolution de la larve ne s'accomplit guère sans amener bientôt de la rougeur et de l'inflammation. La paupière, quelquefois les deux paupières, sont souvent gonflées, la conjonctive elle-même peut présenter du chémosis. Fréquemment, l'œdème palpébral présente ce caractère particulier d'être intermittent ou plutôt rémittent.

Si l'on palpe, on trouve une tumeur dure, arrondie, non adhérente à la peau, mais parfois fluctuante en un point ou plutôt présentant une fausse fluctuation. D'ailleurs, la sensation de dureté qu'offre généralement la tumeur est facile à comprendre lorsqu'on sait de quelle coque fibreuse elle est enveloppée. C'est, en effet, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue du diagnostic, un point intéressant de l'histoire des cysticerques que cet enkystement du tœnia solium, dont la paroi propre est extrêmement molle. Le cystique qui habite les chambres de l'œil, antérieure ou postérieure, est presque toujours libre, c'est-à-dire dépourvu de membrane d'enveloppe, d'où sa mobilité ; vient-il, au contraire, à s'arrêter dans l'orbite, voire même sous la rétine, il s'entoure alors d'une capsule conjonctive qui prend rapidement une épaisseur et une consistance considérables. L'irritation portée sur le tissu ambiant par le cysticerque amène une réaction de ce tissu, une prolifération des cellules conjonctives qui ne tardent pas à s'organiser en fibres de plus en plus épaissies, de plus en plus résistantes. C'est une chose que tous les auteurs de nos observations ont remarqué : le cysticerque appelle le fibrome. De Graëfe, entre autres, sur les indications de De Recklinghausen, parle d'une « capsule fibroïde énorme ». Dans le cas du professeur Badal, cette coque fibreuse constituée par un tissu conjonctif n'offrant rien de spécial, atteint un centimètre dans certains endroits.

La palpation est assez souvent rendue difficile par l'œdème palpébral. Lorsque celui-ci n'existe pas, la délimitation est assez facile, du moins en avant; car, en arrière, on perd assez rapidement la tumeur qui, presque toujours, s'enfonce dans l'orbite où elle adhère soit à un muscle, soit plutôt au périoste. Quoique rarement le cysticerque atteigne le volume de celui de Horner (un centimère et demi de long sur huit millimètres de large), son volume paraît plus grand à cause de sa coque; d'ordinaire sa taille ne dépasse pas celle d'une grosse fève. Sans inflammation à proximité, la palpation de la tumeur, sa compression même, ne sont pas douloureuses.

Les troubles fonctionnels qu'amène le cysticerque ne sont pas moins intéressants à signaler. La vue, on le sait, est généralement peu atteinte, au début du moins; l'acuité visuelle reste à peu près normale et à l'ophtalmoscope, au début toujours, le fond de l'œil est à peu près sain. Mais ce qui, dans la majorité des cas, caractérise l'évolution du cysticerque de l'orbite, ce sont les phénomènes inflammatoires auxquels il donne lieu. Il procède, en effet, par poussées phlegmasiques qui s'atténuent et disparaissent presque pendant un certain temps; on croit à un abcès, à un phlegmon de l'orbite, même à un érysipèle, puis sous l'influence d'un traitement antiphlogistique quelconque, peut-être spontanément, tout rentre plus ou moins dans l'ordre. Un certain laps de temps, ordinairement assez court, s'écoule, et brusquement soit sans cause appréciable, soit à l'occasion d'une ponction exploratrice, une nouvelle poussée phlegmoneuse se fait. La peau rougit, devient sensible au toucher, présente de la fluctuation; on ne sait trop à quoi attribuer cette inflammation; cependant on ouvre et on trouve du pus, tantôt dans la coque enveloppant le cysticerque, tantôt autour d'elle, tantôt même dans les deux endroits en même temps. C'est

en partie aussi à ces inflammations successives qu'est dû le feutrage épais dans lequel est enkysté le ver vésiculaire. L'inflammation gagne les tissus ambiants, occasionne de la névrite, surtout et d'abord de la myosite, le tissu musculaire résistant moins au pus que le tissu nerveux. C'est à cette myosité d'abord aiguë, puis chronique quand l'atteinte a été vive et prolongée, que doit être attribué le ptosis de la paupière supérieure persistant après l'extirpation du cysticerque. A quoi pourrait-on attribuer ces véritables phlegmons qu'occasionne la larve du Tœnia solium? Mourson et Schlazdhenhauffen ont reconnu que le liquide qui remplit le vésicule des cysticerques renferme des proportions relativement considérables d'albumine et de leucomaïne et possède des propriétés vénéneuses très accusées. L'injection de ce liquide sous la peau d'un animal se traduit par le même cortège symptomatique que la piqûre de certains animaux vénéneux. Peut-être pourrait-on admettre à ce liquide un certain rôle toxique, le cysticerque n'agirait plus seulement comme corps étranger, mais comme agent septique.

Les symptômes généraux sont peu importants; les malades ne maigrissent pas et se maintiennent en bon état. Il faut en excepter les cas où les poussées phlegmoneuses répétées et graves amènent, comme toutes les suppurations, et notamment celles de la face, de la fièvre et des phénomènes généreux graves.

En résumé, une tumeur accompagnée de névralgies, se développant assez rapidement, entourée d'une coque épaisse et procédant par poussées phlegmoneuses devra faire penser à un cysticerque de l'orbite. Mais si on songe que ces symptômes, sauf peut-être le dernier, se trouvent soit simultanément, soit séparément, dans bon nombre de maladies orbitaires, si on songe qu'ils sont inconstants, que la coque

fibreuse enveloppante ne se reçonnaît qu'après l'opération, que l'examen dans cette cavité étroite est très ardu, on avouera que la situation est assez difficile et que le diagnostic du cysticerque de l'orbite ne sera jamais, comme celui des tumeurs néoplasiques de cette région, qu'un diagnostic de probabilité. A noter aussi, comme en augmentant la difficulté, le peu de fréquence de ces cas, en France du moins, qui fait qu'on n'y songe pas et qu'en face d'une tumeur orbitaire ce ne serait que par élimination qu'on viendrait à songer à la larve de Tœnia solium. Essayons cependant de donner les caractères propres à différencier cette tumeur de celles qu'on rencontre le plus fréquemment; nous devons d'abord en établir le diagnostic différentiel d'avec tous les néoplasmes.

Le lipome, tumeur bénigne par excellence, ne peut guère induire en erreur. Etant donnée la constitution histologique de la tumeur, c'est plutôt avec le fibrome que le diagnostic pourrait être hésitant, mais son existence est douteuse, il n'en existe pas une seule observation concluante.

Il n'en est pas de même des exostoses qui se présentent sous l'aspect d'une tumeur dure, s'accompagnant de douleurs et s'accroissant quelquefois par intermittences; malgré l'absence d'abcès, l'erreur est donc ici possible, surtout si l'exostose est en arrière. C'est alors la ponction exploratrice qui devra trancher la question; si on pénètre dans la tumeur, ce n'est pas une exostose.

Un névrome pourrait aussi tenir le diagnostic en suspens, mais l'absence de douleurs vives à la pression et de réaction inflammatoire lèverait assez rapidement les doutes.

Le lymphadénome est bilatéral, or, nous savons que jamais le cysticerque ne l'est.

Le carcinome primitif de l'orbite est extrêmement rare, il

n'existerait peut-être même pas; mais le carcinome secondaire, consécutif à un cancer de l'œil et du nerf optique, existe parfaitement et présente les mêmes symptômes que le cystique. L'évolution de celui-ci, elle-même, ne peut qu'induire en erreur, car il progresse souvent avec une rapidité qui rappelle celle des néoplasmes malins; dans ce cas l'état général serait d'un secours précieux; généralement bon, en effet, dans la tumeur parasitaire, il est rapidement mauvais dans le cancer; la généralisation de la tumeur supprimerait toute hésitation.

Le diagnostic avec un sarcome ne serait pas moins embarrassant, il faudrait cependant tenir compte encore de la rareté de ces néoplasmes chez les enfants, rareté précisément opposable à la fréquence du cysticerque chez ceux-ci.

Nous n'insisterons pas sur les tumeurs sanguines, veineuses ou pulsatiles, l'erreur n'est guère possible; mais où le diagnostic devient important, c'est lorsqu'il s'agit de différencier la tumeur cystique, qui, après tout, n'est qu'un kyste, des autres variétés de kystes : le pronostic, le traitement, sont tout différents suivant qu'il s'agit d'un kyste congénital (séreux ou muqueux) ou d'un kyste parasitaire. Lorsque la tumeur est très dure, qu'elle s'est développée rapidement, qu'elle occasionne des abcès, on ne peut guère penser à un kyste, mais lorsqu'elle est plus ou moins fluctuante, qu'elle a eu un développement assez lent, qu'elle apparaît chez un très jeune enfant, sans accompagnement d'accidents inflammatoires, le doute est permis. Pourtant le cysticerque, à part la période tout à fait primitive, n'est fluctuant qu'à la suite d'inflammation; par conséquent, un kyste fluctuant recouvert par une peau saine, sans aucune complication phlegmasique, est fort probablement un kyste congénital; la ponction exploratrice, enfin, donnerait dans

ce dernier cas un résultat positif, alors qu'elle resterait muette en présence d'un cysticerque. Un kyste dermoïde pourrait ne rien donner à la ponction, mais son évolution aurait été silencieuse ; si l'on réussissait à en extraire du liquide, l'aspect jaunâtre, oléagineux, renseignerait immédiatement sur la nature du kyste ponctionné et le diagnostic de kyste huileux devrait être porté.

Quant à l'échinocoque, pouvons-nous le reconnaître, le différencier du solium ?

Au premier abord, la chose paraît difficile : tous les deux s'entourent d'une enveloppe épaisse, tous les deux occasionnent de l'inflammation semblant due à une sorte de réaction infectieuse. Cependant cette réaction infectieuse, et aussi la réaction irritative des tissus enveloppants, semble pour le cysticerque bien plus notable que celle que produit comparativement l'échinocoque. Nous devons faire remarquer cependant que, vu sans doute, les petites dimensions de la tumeur ainsi produite, les douleurs sont ordinairement infiniment moins prononcées que cela n'a lieu pour les échinocoques. En dernière ressource une ponction exploratrice, positive chez l'échinocoque, serait décisive.

On le voit, le diagnostic d'un cysticerque de l'orbite est loin d'être facile, ce qui le prouve bien, c'est que jamais le parasite, à part quelques cas d'Hirschberg, n'a été reconnu qu'après l'opération. Encore faut-il remarquer qu'alors la tumeur siégeait à la partie antérieure de l'orbite, sous la peau des paupières, ce qui explique l'opinion du professeur berlinois pour lequel « ce diagnostic est très sûr et très facile. »

# CHAPITRE IV

## Marche et Pronostic.

La durée de la maladie est généralement courte. Le cysticerque, en effet, reste rarement inoffensif dans l'orbite; la plupart du temps les poussées inflammatoires et la suppuration auxquelles ils donnent lieu forcent la main au chirurgien et l'obligent à intervenir. Rarement le cystique a séjourné plus de quelques mois dans l'orbite; dans le seul cas de Sichel il y est resté plus d'une année; ordinairement les premiers symptômes, c'est-à-dire les douleurs, ne se sont pas fait sentir depuis trois mois que déjà l'inflammation apparaît, quelquefois beaucoup plus rapidement.

D'ailleurs, nous ne devons pas nous en plaindre, car la nécessité de cette intervention rapide ne peut qu'amoindrir la gravité du pronostic, en amenant l'extirpation précoce du parasite. Car ce pronostic, dans le cas où la maladie serait livrée à elle-même, serait loin d'être bénin; qu'on laisse en effet évoluer l'animal, qu'on le laisse persister dans les tissus et de nombreuses complications ne tarderont pas à apparaître. Le phlegmon de l'orbite avec la perforation des sinus ethmoïdaux, maxillaire, frontal, et la transmission possible à la cavité cranienne; la myosite des muscles exter-

nes de l'œil, la névrite des nerfs qui commandent à ces muscles, le ptosis, la perte de la vue enfin, par névrite du nerf optique et atrophie consécutive, sont les complications redoutables qu'on peut voir survenir. Mais nous devons dire que jamais encore les choses ne sont allées jusque-là, et que la guérison (à part les cas de ptosis et de strabisme persistant dus à une myosite chronique) a toujours été obtenue par un traitement énergique et rapide.

Le pronostic du cysticerque de l'orbite est donc aussi grave que celui du cysticerque de l'œil, puisque dans l'un et l'autre cas l'amaurose est une terminaison possible; il est même peut-être plus sévère, car lorsque le parasite siège dans l'œil il amène rarement des complications inflammatoires.

# CHAPITRE V

# OBSERVATIONS

Observation I (De Graëfe)

Charlotte E.., âgée de dix ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, vient nous consulter au mois de janvier 1863, à cause d'une petite tuméfaction qui se montre depuis quelques semaines sous la paupière inférieure de l'œil droit. Je constatai vers le centre de la paupière une petite tumeur arrondie de quelques lignes de diamètre, peu proéminente, recouverte par l'orbiculaire et adhérente, à ce qu'il me paraissait, au périoste du bord inférieur de l'orbite.

La palpation n'était pas douloureuse, la surface de la tumeur tendue et je croyais sentir un peu de fluctuation en sorte que j'inclinais à supposer l'existence d'un kyste. Pendant une observation de six semaines (on faisait des badigeonnages à la teinture d'iode) la tumeur s'accrut continuellement en sorte qu'au commencement de mars la surface hémisphérique mesurait 14 millimètres et soulevait visiblement la paupière inférieure. La tumeur semblait s'amincir en arrière sous forme d'un cône, dont le sommet aurait un peu dépassé l'équateur du globe oculaire. Elle repoussait le globe considérablement en haut et en empêchant la mobilité normale en bas produisait une diplopie dans cette direction. Il n'existait pas d'exophtalmos, circonstance qui prouve que la tumeur ne s'étendait pas en arrière. Cette tumeur présentait maintenant au doigt une forte résistance, assez uniforme sur

toute sa surface, sauf au centre de la face antérieure où la fluctuation était manifeste. A cet endroit la peau était devenue pendant ces derniers jours, rouge et douloureuse au toucher. La face antérieure et supérieure de la tumeur me paraissait adhérer intimement au cul-de-sac de la conjonctive, à travers laquelle on apercevait une coloration jaune rougeâtre lorsqu'on écartait la paupière inférieure. La face inférieure de la tumeur paraissait toucher directement, ou même adhérer au périoste.

J'étais hors d'état de préciser le diagnostic; seulement les symptômes développés pendant les derniers jours me faisaient présumer une suppuration partielle dans la partie antérieure de la tumeur. L'accroissement continuant indiquait la nécessité d'une opération qui fut pratiquée en effet le 2 mars. Je fis une large incision transversale à travers la paupière inférieure et le muscle orbiculaire, au niveau de la tumeur que je disséquai soigneusement jusqu'à son extrémité postérieure. Mon aide attirant fortement la tumeur en avant, sa paroi antérieure, très mince déjà, se rompit en un endroit circonscrit et livra issue à quelques gouttes de pus liquide, et à un petit corpuscule membraneux blanchâtre que je fis immédiatement examiner au microscope. La conjonctive fut légèrement perforée, puisque la surface de la tumeur adhérait intimement à la muqueuse amincie par la distension. On eut quelque peine à séparer la face inférieure de la tumeur du périoste, d'ailleurs sain, auquel elle était fortement adhérente.

La tumeur extirpée mesurait d'avant en arrière 22 millimètres; elle avait à sa grande extrémité antérieure une hauteur de 13 millimètres, et une largeur de 15 millimètres. Elle était composée d'un tissu fibroïde très dense et uniforme (de Recklinghausen), et présentant, près de sa paroi antérieure très mince (rompue), une petite cavité sphérique d'un diamètre de 6 millimètres, qui avait renfermé le pus et le corpuscule membraneux. Ce dernier n'était autre qu'un entozoaire ratatiné, avec quelque dépôt de pus à sa surface; la tête et le col de l'animal étaient bien conservés, et avaient tous les caractères

spécifiques du *cysticercus cellulosæ*. La face interne de la cavité présentant, en outre, un foyer hémorrhagique assez étendu, était revêtue d'une membrane pyogénique verdâtre. L'enfant guérit parfaitement et le globe oculaire reprit sa position ainsi que sa mobilité normale.

Le cas que nous venons de rappeler est remarquable à deux points de vue : d'abord par le siège du cysticerque dans l'orbite (derrière l'orbiculaire et l'aponévrose orbito-palpébrale), ce dont je n'ai pu trouver d'autre exemple dans la littérature; et puis par la formation d'une énorme capsule fibroïde, car c'est ainsi qu'il fallait, à mon avis (confirmé par de Recklinghausen) envisager la masse de la tumeur. Cette formation nouvelle s'était produite de bonne heure, tandis que la suppuration de la cavité du cysticerque, caractérisée par la rougeur de la peau dans les derniers temps, ne constituait qu'un phénomène ultérieur fréquent dans les cas de cysticerque.

### Observation II (Hirschberg)

La fille P..., âgée de trois ans, présente le 20 septembre 1870 une tumeur un peu dure, élastique, de la paupière inférieure. Elle siège sous le muscle et donne après l'extirpation un petit cysticerque enchâssé dans une capsule de tissu conjonctif très dense.

### Observation III (Sichel)

Le 5 octobre 1871, Mlle B.., âgée de vingt-quatre ans, vient consulter M. le docteur Sichel pour une petite tumeur du sourcil droit, donnant lieu à des lésions internes dans la moitié correspondante de la tête.

Cette malade nous raconte que, vers la fin du mois de novembre

1860, elle fut prise de violents maux de dents dans toute la moitié droite de la mâchoire supérieure et d'hémicranie du même côté. Un dentiste fut alors consulté, et ne découvrit pas de dent gâtée. On attribua ces douleurs à une névralgie, et on les traita en conséquence. Néanmoins elles ne cessèrent jamais de tourmenter la malade, et prirent le caractère irrégulièrement rémittent.

Quelques jours après l'apparition des douleurs, Mlle B... s'aperçut de la présence d'une petite tumeur, du volume d'une lentille, située, à un travers de doigt au-dessous du sourcil, un peu en dedans de la ligne médiane. La pression exercée sur la tumeur ne déterminait pas de douleur locale, mais réveillait les maux de dents et produisait une sensation de tiraillement dans l'œil.

Cette tumeur a grossi d'une façon continue, mais lente, jusqu'à la fin du mois d'août 1871. A partir de cette époque, elle a suivi une marche plus rapide, et présente aujourd'hui le volume d'une noisette.

La malade n'a jamais observé de rougeur de la peau à ce niveau. Elle se plaint que l'œil droit, dont l'acuité visuelle est néanmoins très bonne, se fatigue plus facilement que le gauche. La santé générale n'a jamais été sérieusement troublée, malgré de fréquentes insomnies provoquées par des douleurs névralgiques.

*Etat actuel.* — A un travers de doigt environ au-dessous de l'arcade sourcilière, et vers le tiers interne de cette arcade, on sent une petite tumeur du volume d'une noisette, immédiatement située sous la peau, dure, résistante, extrêmement mobile, libre de toute adhérence soit avec la peau, soit avec les parties sous-jacentes. Les téguments qui la recouvrent ne présentent pas de changements de coloration. On ne détermine pas de douleur vive dans la tumeur, soit en la comprimant, soit en la pinçant entre les doigts ; mais on provoque un violent mal de dents et une sensation de tiraillement dans l'œil. Enfin on ne perçoit pas de fluctuation.

Le siège de la tumeur, située directement sur le trajet de la branche ascendante du nerf frontal externe, et la névralgie persistante du

trijumeau éveillèrent tout d'abord l'idée d'un névrome. Mais l'extrême mobilité de la tumeur, l'absence de douleurs vives à la pression rendaient ce diagnostic douteux.

Était-ce un kyste développé dans le tissu cellulaire sous-cutané, et comprimant le nerf frontal ? L'absence de fluctuation et l'excessive dureté de la tumeur écartaient également ce diagnostic. M. Sichel pense alors à un kyste, pierreux ou calcaire, du sourcil, affection décrite par Sichel père dans les *Annales d'Oculistique*. La dureté de la tumeur et la région qu'elle occupait rendaient cette opinion fort admissible.

Les douleurs qu'éprouvait la malade étaient intolérables ; ayant résisté à tout traitement médical, il n'y avait qu'un seul parti à prendre, quelle que fût du reste celle de ces hypothèses à laquelle on s'arrêtât, c'est-à-dire l'énucléation de la tumeur.

M. Sichel pratiqua une incision rectiligne, un peu au-dessus de la tumeur, au niveau d'un pli cutané, afin de masquer la cicatrice. Il introduisit un bistouri entre la peau et la tumeur, puis après l'avoir complètement séparée des téguments externes, il la saisit avec une forte pince à griffes. La passant alors à un aide, qui tire la tumeur en haut, il finit de la disséquer avec des ciseaux. On réunit les deux lèvres de la plaie par deux points de suture, et on appliqua un bandage fortement compressif, pour favoriser la réunion immédiate.

Sous la pression des pinces, la tumeur s'était rompue et avait donné issue à deux ou trois gouttelettes d'un liquide hyalin, M. Sichel pensa alors avoir eu affaire à un kyste à parois fibreuses très résistantes ; mais en examinant les parois de cette poche, il vit sortir un petit corps blanc, allongé, qui semblait se mouvoir. Il reconnut aussitôt un cysticerque enkysté dans une poche fibreuse. L'ayant retiré avec soin du kyste, il le plaça sous le microscope, et nous fit voir les mamelons et les crochets de l'entozoaire, dont la vésicule caudale s'était rompue et vidée. L'examen attentif du kyste démontra une texture fibro-celluleuse très dense.

Observation IV (Horner)

En novembre 1869, John Gaukler, vingt ans, remarque, un matin en se levant, que sa paupière supérieure droite était enflée. Le gonflement dura trois jours et disparut. C'est vers le milieu de décembre que la paupière commença pour la première fois à s'affaisser et cela peu à peu. Ces forts gonflements reparurent huit fois encore : à la fin de janvier 1870, à la fin de février et au milieu de mars. Chaque fois, le gonflement de la paupière recouvrait entièrement le globe oculaire et il augmentait rapidement à tel point qu'il existait le matin après avoir procuré la veille au soir comme des élancements dans le front.

Gaukler n'avait jamais été malade, ses frères et son père sont bien portants. Sa mère est morte de fièvre typhoïde

L'état suivant se présenta à la clinique le 1er juin alors que le malade était déjà rentré.

La paupière supérieure retombait complètement flasque, si bien que le tiers supérieur de la pupille se trouvait recouvert. Mais elle n'était pas enflée et lisse. La mobilité du globe oculaire est parfaitement conservée, pas de diplopie à noter. Les pupilles sont de même grandeur à droite et à gauche. Il n'existe pas de troubles dans l'accomodation ; pas de troubles de la vue. Quoique l'œil normal ait une acuité visuelle égale à 1, la papille du nerf optique paraît plus rouge qu'à gauche et les veines sont plus dilatées. La *protrusion* du globe oculaire n'est pas marquée. La sensibilité du bord supérieur de l'orbite droite est à peu près conservée.

Lorsque le médecin praticien eut constaté cet état, — le phénomène sera relaté plus tard, — je décidai le diagnostic et je m'élevai positivement contre une paralysie rhumatismale, parce que l'imperfection du ptosis, l'intégrité du droit supérieur, la différence frappante des

papilles des nerfs optiques prouvaient le contraire. Quant à l'hypothèse d'une tumeur ou d'une inflammation intra-orbitaire, il existait trop peu de faits positifs par la protrusion du globe oculaire.

Le seul symptôme,— abstraction faite des dates oubliées — encore à recueillir, sur lequel nous pouvions nous appuyer, c'était la résistance qu'on éprouvait à repousser ce globe oculaire dans l'orbite.

Le résultat de cette expérience était frappant : tandis qu'on repoussait facilement le globe oculaire gauche, on trouvait au globe oculaire droit une forte résistance très démonstrative et on ne pouvait presque pas le repousser. D'après cela était exclue toute paralysie neuro ou myo-pathique pure. La plus grande vraisemblance était pour un rétrécissement de la cavité orbitaire, rétrécissement qui était probable si on admettait le phénomène comme inflammatoire.

L'exploration de la partie postérieure de l'orbite au moyen du petit doigt introduit sous la paupière ne donne aucun résultat précis pour la localisation du mal, ni par une sensibilité exagérée, ni par une conformation anormale.

Je prescrivis de mettre de la teinture d'iode autour de l'orbite et je recommandai au malade de rester à l'hôpital afin qu'on pût l'examiner plus exactement.

Du 12 au 14 juillet, pendant le temps que le malade resta à l'hôpital, nous pouvons observer seulement quelques symptômes certains. Le globe oculaire droit sortait un peu de l'orbite, et on put tout au plus constater 2 millimètres de protrusion, d'après de fréquentes et de sérieuses mesures. La pression sur le globe oculaire était douloureuse. L'exploration ne pouvait pas au dernier jour de son séjour à l'hôpital donner l'endroit malade sur la paroi supérieure de l'orbite. Il n'y avait pas autre chose à faire qu'à traiter le malade par la teinture d'iode et à le soumettre à un examen régulier à la Policlinique.

Lorsque je revis le malade à la fin d'août, l'aspect du mal avait complètement changé. Le *ptosis* est plus fort, et la paupière tombe presque sur la moitié de la pupille. Dans l'angle supéro-interne, la

paupière est légèrement convexe et on sent là une tumeur ronde, élastique, de la grosseur d'une noisette qui comprend l'espace situé entre la trochlée et le bord nasal de l'élévateur supérieur. Cette tumeur est douloureuse à la pression. De temps en temps le malade ressent des douleurs spontanées, comme des coups d'aiguille dans cette région. Déjà le 7 septembre, la peau située au-dessus de la tumeur était un peu rouge, peu mobile et je pensais trouver une fluctuation bien marquée; tout me confirmait dans cette idée que c'était un abcès qui s'était déclaré à la suite d'une inflammation circonscrite du périoste. Cependant je déclarai qu'il ne fallait pas pratiquer une simple ponction, mais il me paraissait possible de faire une large incision de la paupière et de me tenir prêt pour une extirpation éventuelle.

Je fis une longue incision de 3 centimètres parallèle au bord de l'orbite sur le sommet de la tumeur. Je disséquai la peau sur le côté et j'arrivai sur une capsule de tissu conjonctif très épaisse et fluctuante. Je l'incisai également; il en sortit une petite quantité de pus. Je fis écarter les deux lèvres de l'incision de la capsule et je remarquai dans le fond une brillante tumeur gélatineuse qui s'ouvrit facilement d'un coup de pince et donna issue à un énorme cysticerque. La capsule se vida aussitôt et s'aplatit. La blessure guérit rapidement et le malade sortit quelques jours après. On ne trouvait chez lui aucun autre cysticerque. Il n'avait jamais souffert du tœnia, et l'examen journalier des fèces n'avait pas donné de résultats. Le cysticerque avait une forme ovalaire. Il mesurait, la tête étendue, 1 cent. 1/2, et la plus grande largeur de la capsule avait 8 millimètres. Mon collègue, M. le docteur Gustave Schoch a eu la bonté d'examiner à fond le ver, et constata qu'il s'agissait d'un cysticerque. Il trouva trente crochets en deux rangées. Les gros crochets avaient 18 millimètres de long.

Observation V (Higgens).

Alice T..., âgée de quatorze ans, fut admise le 1er février 1876. Elle avait toujours été délicate. Elle portait des cicatrices d'abcès du cou dont les derniers remontaient à cinq ans. Un mois avant son entrée elle commença à ressentir quelques douleurs dans l'œil droit et le globe avait depuis commencé à faire saillie.

A son entrée l'œil droit était renversé en bas et quelque peu saillant ; le mouvement en haut impossible, les autres mouvements normaux. Il y avait diplopie seulement quand la malade regardait en haut. L'œil droit lit le nº 10 de l'échelle de Snellen. L'examen ophtalmoscopique laissait voir la papille rouge et très œdématiée, au point de faire saillie considérablement dans l'humeur vitrée.

Les veines de la rétine étaient engorgées et flexueuses, les artères avaient un calibre normal. Il n'y avait pas de pulsations des vaisseaux rétiniens, pas de pulsations ni en dedans ni en dehors de l'orbite, pas de douleur. Une tumeur située entre le globe et le droit supérieur s'étendant en arrière et passant sur le nerf optique fut diagnostiquée. Le cas fut placé en observation et on n'institua aucun traitement.

*14 Février.* — Les deux jours précédents, l'œil droit devint tout à coup enflammé et douloureux; pas de frisson. Beaucoup d'œdème de la paupière supérieure en même temps que de la conjonctive et une diminution croissante dela mobilité de l'œil ; pas de troubles constitutionnels. On pensa que la suppuration s'était avancée en dedans de l'orbite. Une incision fut faite à la conjonctive sous la paupière supérieure. Une sonde cannelée passée dans l'orbite rencontra une substance ferme, résistante. Un bistouri fin fut glissé dans la rainure de la sonde et une incision faite à la tumeur. Il n'en sortit que du sang.

*28 Février.* — La projection de l'œil s'accroissant on décide d'inciser la tumeur et si possible de l'enlever. Un anesthésique ayant été donné, on fait une incision à toutes les parties molles, de l'angle interne de l'orbite à l'angle externe. La glande lacrymale, attirée en avant, est mise à nu et enlevée; tout au près se trouve une tumeur ferme, résistante, dont on enlève les adhérences avec le bistouri, le doigt et le manche du scalpel. La tumeur apparaît adhérent intimement avec un des muscles de l'œil, le droit supérieur; le muscle demande à être divisé. A un effort plus violent, pour détacher la tumeur, elle s'affaisse, mais on ne note aucun écoulement de liquide; pourtant une légère hémorrhagie s'ensuit à la fin. Les débris affaissés de la tumeur sont enlevés en les séparant avec soin des parties environnantes avec les ongles. La tumeur s'étendait tout à fait en arrière, jusqu'au sommet de l'orbite, et était étroitement en contact avec le nerf optique. Après l'extirpation, on constata que la tumeur était un kyste entouré d'une poche épaisse, qui s'était rompu au point où avait été faite l'incision.

La plaie des parties molles fut fermée par quelques points de suture et les bords des paupières avivées et réunies par des sutures de façon à préserver le globe oculaire (qui n'avait pas été endommagé) de tout contact consécutif à son exposition.

*29 Février.* — Les paupières sont très gonflées. L'incision se réunit par première intention, un point de suture est enlevé près de son extrémité externe, un peu de sang et de pus s'échappe. Il y a là beaucoup de troubles constitutionnels. On met un cataplasme sur la blessure.

*6 Mars.* — L'incision est complètement guérie sauf à l'extrémité externe. On peut apercevoir l'œil à travers une ouverture à l'union des paupières avec l'angle interne. Il semble être tout à fait sain. La malade peut compter ses doigts.

*4 août.* — On pratique une incision entre les deux paupières, la paupière supérieure s'affaisse; il semble impossible de la faire relever

quand les paupières sont tenues ouvertes, l'œil lit le nº 1 1/2 de l'échelle de Snellen. L'examen ophtalmoscopique montre le fond de l'œil tout à fait sain, l'œdème et l'engorgement du disque optique ayant tout à fait disparu. L'œil dévie en bas et légèrement en dehors.

*2 octobre*. — Une portion de l'aponévrose du muscle orbiculaire est enlevée de la paupière supérieure et le droit inférieur est divisé.

*16 octobre* — La paupière peut être levée de façon à présenter la plus grande partie de la cornée; l'œil présente encore du strabisme en bas et en dehors. Un examen ultérieur de la tumeur, bientôt après son extirpation, montra qu'elle était formée d'un kyste en boule très encapsulé extérieurement, composé de tissu inflammatoire. Une portion de muscle adhérait intimement au kyste et semblait faire corps avec lui. En dedans de l'enveloppe externe était un mince kyste transparent qui se sépara aisément et qui, comme l'enveloppe externe, avait été rompu pendant l'extirpation. Le kyste fut reconnu formé d'une membrane composée de fibres particulières, dentelées, qui sont caractéristiques des hydatides. Il n'y avait pas de crochets. Le kyste tout entier était à peu près aussi large que l'œil, mais par suite de l'épaisseur de son enveloppe externe, sa cavité était extrêmement petite.

Observation VI (Hirschberg).

Le jeune garçon Z..., un an et demi. Père porteur d'un plathelminthe. Le 6 juin 1879 présente sous le bord droit de l'orbite une tumeur située sous la peau, tumeur dure, lisse, grosse comme un pois, qu'on a remarqué depuis six semaines, et d'où, après extirpation, on retire un cysticerque de 2 millimètres de long seulement.

Observation VII (Hirschberg).

Femme S..., trente-quatre ans. Vient le 24 mars 1882, avec une tumeur grosse comme un haricot, qu'elle a observé il y a trois mois.

Elle est située sous la peau du rebord inférieur de l'orbite. Une fois extirpée, on trouve un petit cysticerque.

### Observation VIII (Hirschberg).

La petite T..., trois ans. Le 20 avril 1885, se présente avec une tumeur située sous la peau, à la partie nasale du rebord inférieur de l'orbite. D'après la malade, elle n'aurait apparu que depuis la veille. L'extirpation montre un cysticerque enkysté dans une capsule épaisse.

### Observation IX

(Communiquée par M. le professeur Badal)

Le nommé D..., âgé de trente ans, ferblantier, était malade depuis quatre mois environ. Il s'était heurté quelque temps auparavant le rebord orbitaire droit sur l'angle d'une porte. Mais cette contusion n'avait déterminé ni plaie, ni ecchymose, ni aucun trouble de la vision et n'a aucune relation avec l'affection dont il ressentit les premiers symptômes quinze jours après.

A ce moment il éprouva des céphalalgies violentes occupant particulièrement le côté droit et siégeant dans le voisinage de la région orbitaire. Ces douleurs étaient presque continuelles mais s'exaspéraient surtout le soir. En même temps la paupière supérieure droite était le siège d'un gonflement assez prononcé que rien ne paraissait expliquer. Cet œdème, plus prononcé le soir, disparaissait presque tout entier pendant la nuit.

Bien que ces douleurs fussent assez intenses, le malade continua son

travail; il consulta le docteur P... pour cet œdème persistant de la paupière, qui produisait un ptosis marqué.

Le traitement prescrit fut l'application de compresses chaudes. A ce moment là, le docteur P... explora l'orbite avec soin, mais ne put découvrir la cause de l'œdème. Après une période de plusieurs semaines, les maux de tête disparurent, l'œdème aussi et le malade se croyait définitivement guéri.

Mais, bientôt les maux de tête devinrent plus fréquents, et la paupière supérieure de plus en plus tuméfiée.

Le 20 mars, le docteur P... constate dans l'angle supéro-interne de l'orbite, en arrière du rebord orbitaire, l'existence d'une petite tumeur. Une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz ne donne issue à aucun liquide. Après cette ponction, le malade présente une tuméfaction inflammatoire de toute la région, pouvant faire croire à la formation d'un abcès de l'orbite.

Le malade entre à l'hôpital le 2 avril. Malgré l'absence de symptômes de syphilis, on lui prescrit de l'iodure à haute dose qu'il prend pendant une dizaine de jours sans aucune amélioration.

Malgré l'œdème des paupières, on perçoit très nettement l'existence d'une tumeur orbitaire qui semble avoir le volume d'une grosse amande, occupe l'angle supéro-interne de l'orbite et arrive au niveau du rebord orbitaire. L'exploration est légèrement douloureuse. Elle est de consistance rénittente, présentant une fausse fluctuation et semble adhérer intimement à sa base à la paroi orbitaire. L'œil est repoussé en bas et en dehors. L'acuité visuelle est normale. La paupière recouvre complètement le globe de l'œil.

Chaque jour la tumeur augmente de volume, bientôt elle dépasse le rebord orbitaire et une portion de consistance fibreuse, soulève la peau de la paupière où il est facile de la délimiter. Il semble, à ce moment-là, qu'on perçoive de la fluctuation et, en raison des phénomènes inflammatoires, je me décide trois ou quatre jours après, à pratiquer une ponction en pleine tumeur avec un trocart de l'appareil Dieulafoy. Cette ponction ne donne issue à aucun liquide.

Néanmoins, les phénomènes inflammatoires s'amendent ; le malade ne souffre plus, mais la tumeur augmentant de plus en plus, je décide de pratiquer l'ablation le 10 avril.

Le malade est chloroformé. Après avoir incisé la paupière parallèlement au rebord orbitaire, dans une étendue de 3 ou 4 centimètres immédiatement au-dessous du sourcil, on arrive de suite sur la tumeur qui est de consistance fibreuse. Je pratique la dissection avec soin; mais en incisant au niveau de la partie supéro-interne, il s'échappe tout à coup une certaine quantité de pus provenant d'une collection à parois très amincies qui s'est rompue. Presque aussitôt, par la même ouverture, s'échappe une vésicule transparente absolument intacte, qui fait penser immédiatement à un cysticerque. Je continue la dissection de la tumeur sans incident ; à une profondeur d'environ 3 centimètres, la tumeur adhère intérieurement à la paroi orbitaire par un pédicule fibreux que je sectionne avec les ciseaux. L'énucléation de la tumeur se fait très facilement en respectant le globe oculaire.

Quatre points de suture ferment la plaie. La cicatrisation se fait par première intention. La tuméfaction disparaît dès les premiers jours et le malade peut sortir de l'hôpital le 19 avril. Les douleurs de tête ont complètement disparu, mais il existe encore une blépharoptose à peu près complète et une parésie du droit supérieur.

Aujourd'hui cet état s'améliore, le malade peut déjà mettre à découvert une partie de sa pupille. L'examen du fond de l'œil a montré qu'il était absolument sain.

*Examen anatomo-pathologique.* — Cet examen a été pratiqué par le docteur Fromaget, mon chef de clinique. La tumeur fibreuse offrait à peu près le volume et la forme d'une grosse datte. En pratiquant une section dans le sens antéro-postérieur par la partie supérieure, on trouvait au milieu de la masse compacte du tissu conjonctif quelques cavités. La première est celle qui s'était rompue pendant l'opération et où était contenu le cysticerque, on y rencontre encore un peu

de pus et du sang. A cette cavité vient aboutir l'ouverture faite par le trocart employé pour la ponction. En arrière, il y a deux petites cavités distinctes les unes des autres et ne renfermant que du pus.

Il est difficile de savoir si le premier abcès de loge où était le cysticerque résulte de la présence seule de ce plathelminthe ou bien est le résultat de la ponction. Mais les deux derniers doivent être mis en dehors de toute influence extérieure en raison même de leur éloignement et de leur situation intra-orbitaire.

La coque fibreuse est extrêmement épaisse, elle atteint un centimètre dans certains endroits. Le tissu conjonctif qui le constitue n'offre rien de spécial.

La vésicule sortie de cette tumeur a été fixée immédiatement par le fixateur que nous employons depuis plus de quatre ans pour fixer les yeux en masse ainsi que toutes les tumeurs kystiques. Il se compose de :

| | |
|---|---|
| Sublimé..... | 10 grammes. |
| Acide acétique..... | 20 c. c. |
| Eau..... | 200 — |

Grâce à ce réactif, les poches kystiques restent fixées sans subir le moindre aplatissement évitant ainsi les graves inconvénients de l'alcool.

Ce kyste blanchâtre, de forme cylindrique, un peu recourbé, offre absolument l'aspect d'un haricot ou d'un boudin. Il possède une longueur de 6 millimètres sur 3 mil. 1/2 de large, et sur une de ses faces on aperçoit, à la loupe, un point grisâtre, d'où partent des stries rayonnées, qui semble être un orifice.

En incisant la paroi sur la partie convexe, il s'en échappe un liquide contenant des grumeaux blanchâtres. Mais ce qui attire immédiatement l'attention, c'est l'existence dans un point d'une saillie volumineuse, légèrement arrondie, d'une hauteur de 3 millimètres sur un

diamètre de 2 millimètres, un peu renflée au sommet et étranglée à la base dans la portion adhérente à la paroi.

Ce mamelon est constitué par une membrane transparente qui permet de voir dans son intérieur l'existence d'une masse blanchâtre laquelle éveille de suite l'idée d'une tête de cysticerque.

Après avoir déchiré la membrane enveloppante et traité par la potasse, nous montons cette saillie dans la glycérine et nous constatons dès lors, très nettement, la présence d'une double rangée de crochets et de quatre ventouses ovalaires qui ornent le proboscide. Il s'agit donc, sans contestation possible, d'un cas de cysticerque du tœnia solium logé dans l'orbite et ayant donné lieu aux phénomènes que nous avons retracés.

# CHAPITRE VI

## TRAITEMENT

Le traitement de l'affection qui nous occupe est évidemment chirurgical, mais en quoi consistera-t-il ? Il ne peut pas s'agir ici de ponction ou d'ablation partielle; ces méthodes discutables pour les kystes à échinocoques ne conviennent pas dans le cas présent. Etant donnée, en effet, la conformation histologique et anatomo-pathologique du cysticerque de l'orbite, le seul traitement rationnel est l'extirpation, et l'extirpation complète de la tumeur; car il est facile de comprendre que la cicatrisation ne pourra se faire tant que la coque enveloppante, si épaisse, ne sera pas complètement enlevée.

Mais une autre condition, aussi importante pour la guérison que le mode de traitement, est la précocité de l'intervention, précocité qui, seule, peut prévenir les complications possibles quelquefois si graves. Donc, dès que la peau rougit, dès que les phénomènes inflammatoires sont bien constatés, il faut inciser et inciser franchement, de façon à se rendre compte du volume de la tumeur, de l'extension qu'elle a prise en arrière et des adhérences qu'elle peut avoir. Ces adhérences, on les libère; jamais

jusqu'ici leur complet dégagement n'a été impossible et cependant plusieurs de nos observations en montrent de très résistantes. La tumeur dégagée, on l'enlève et après avoir bien aseptisé la plaie, on la ferme par quelques points de suture : naturellement, une rigoureuse antisepsie est ici à observer.

Les suites opératoires sont généralement des plus simples et à part les cas, assez rares en somme, de blépharoptose ou de strabisme (qu'une intervention rapide et énergique a toute chance de prévenir en supprimant leur cause première, l'inflammation), la guérison complète n'est qu'une affaire de quelques jours.

# CONCLUSIONS

De ce travail nous tirons les conclusions suivantes :

1° Le cysticerque de l'orbite, affection peu étudiée, est rare, surtout en France ;

2° Il se manifeste par une tumeur dont la symptomatologie ne diffère de celle des autres tumeurs orbitaires que par une disposition toute spéciale à produire des poussées inflammatoires. Le diagnostic en est assez délicat ;

3° Le pronostic en est sérieux si l'affection, diagnostiquée ou non, n'amène pas une intervention chirurgicale précoce ;

4° Le seul traitement consiste dans l'extirpation totale de la tumeur.

*Le Président de la Thèse* :
BADAL.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 31 octobre 1895,
*Le Recteur*,
A. COUAT

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Badal.— *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 16 juillet 1895.

Blanchard. — *Traité de Zoologie Médicale*, tome I.

Galezowski. — *Traité des Maladies de l'Œil.*

Graefe (De). — *Arch. für Ophtalmologie*, tome XII, A. 2, p. 196 ; *Clinique Ophtalmologique*, Paris 1866.

Higgens. — *British Medical Journal*, 1877, p. 800.

Hirschberg. — Cysticercus in Auge, in *Real-Encyclopadie der Gesammten Heilkunde.*

Ueber die Frinnenkrankheit des menschlichen Auges, in *Sonderabdruck aus Berliner klin Wochenschrift*, 1892, nº 14.

Horner. — Klinische monatsblatter fur Augenheilkunde IX, *Jahrgang Januar bis Marz*, 1871.

Sichel et Gros. — *Gazette des Hôpitaux*, 16 Octobre 1871.

Wecker (de) et Landolt. — *Traité d'Ophtalmologie*, tome IV, p. 829.



Bordeaux. — Imprimerie P. CASSIGNOL, 91, rue Porte-Dijeaux.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


BADAL.— *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 16 juillet 1895.

BLANCHARD. — *Traité de Zoologie Médicale*, tome I.

GALEZOWSKI. — *Traité des Maladies de l'Œil.*

GRAEFE (De). — *Arch. für Ophtalmologie*, tome XII, A. 2, p. 196 ; *Clinique Ophtalmologique*, Paris 1866.

HIGGENS. — *British Medical Journal*, 1877, p. 800.

HIRSCHBERG. — Cysticercus in Auge, in *Real-Encyclopadie der Gesammten Heilkunde.*

Ueber die Frinnenkrankheit des menschlichen Auges, in *Sonderabdruck aus Berliner klin Wochenschrift*, 1892, nº 14.

HORNER. — Klinische monatsblatter fur Augenheilkunde IX, *Jahrgang Januar bis Marz*, 1871.

SICHEL et GROS. — *Gazette des Hôpitaux*, 16 Octobre 1871.

WECKER (de) et LANDOLT. — *Traité d'Ophtalmologie*, tome IV, p. 829.



Bordeaux. — Imprimerie P. CASSIGNOL, 91, rue Porte-Dijeaux.